9

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU CREUX POPLITÉ

ET EN PARTICULIER

DES TUMEURS DU SCIATIQUE

ET DES VEINES JUMELLES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Lucien-Paul OLIVIER
Docteur en médecine de la Faculté de Paris.
Médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, successeur
52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

professeur agrégé au Val de Grâce
Hommage respectueux
[illegible]

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU CREUX POPLITÉ

ET EN PARTICULIER

DES TUMEURS DU SCIATIQUE

ET DES VEINES JUMELLES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

PAR

Lucien-Paul OLIVIER
Docteur en médecine de la Faculté de Paris.
Médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

PARIS
PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
A. DAVY, successeur
52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR RICHET

Membre de l'Institut.

Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Paris.

Membre de l'Académie de médecine.

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Membre de la Société de chirurgie et de la Société anatomique

Commandeur de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DU CREUX POPLITÉ

et en particulier

DES TUMEURS DU SCIATIQUE ET DES VEINES JUMELLES

INTRODUCTION.

Pendant les quelques années de stage que nous venons de passer dans les hôpitaux, nous avons eu l'occasion d'observer quelques cas de tumeurs du creux poplité.

M. le professeur Verneuil nous a fait remarquer, dans plusieurs de ses leçons cliniques, tout l'intérêt que comportaient ces observations, et c'est pourquoi nous avons pensé devoir en faire l'objet de notre thèse inaugurale. Nous n'avons pas ici l'intention de faire une étude didactique des tumeurs du creux poplité, ni même de décrire d'une façon complète les névromes du creux poplité; cela appartient à de plus autorisés que nous, et d'ailleurs, l'histoire de ces tumeurs, depuis le mémoire de Foucher à l'Académie

en 1856, est devenue classique, et de nombreux travaux depuis cette époque ont éclairé la question ; ce serait donc nous exposer là à des redites sans nombre, et d'ailleurs le nombre des faits que nous rapportons est trop restreint.

Nous n'avons pas davantage l'intention de faire l'histoire clinique des névromes ou des angiomes du creux poplité ; nous voulons seulement présenter à nos juges trois observations inédites de tumeurs du creux poplité, prises avec autant de soin que nous l'avons pu, et jointes aux quelques faits épars dans les recueils. Toutefois, cette étude ne nous semble pas dénuée d'intérêt, car nous apportons à la science un fait nouveau dans notre observation I. Malgré toutes nos recherches bibliographiques, nous n'avons pas pu en rencontrer de semblable. Notre but est donc d'apporter à la science un nouveau cas qui devra entrer en ligne de compte dans le diagnostic des tumeurs du creux poplité.

Quant aux deux autres observations que nous rapportons, elles tendent à prouver que des tumeurs bénignes ou malignes peuvent se développer dans un ou dans les deux nerfs sciatiques, sans amener aucun trouble fonctionnel qui puisse faire soupçonner leurs rapports avec les nerfs.

Division du sujet.

C'est pourquoi, après une rapide énumération des tumeurs du creux poplité et un court aperçu des

névromes, nous donnerons nos observations inédites, nous les commenterons et nous y ajouterons le cas que MM. Bouilly et Mathieu ont publié (Archives de Médecine, juin 1880, page 640).

Enfin nous y joindrons les trois cas que nous avons pris dans la thèse de Girardin (1876) (thèse de doctorat, Paris), et le résumé des faits de Trélat (Société clinique, 1876), Marchand et Bouilly cités à l'article sciatique du Dictionnaire encyclopédique.

Qu'il nous soit permis tout d'abord de remercier M. le professeur Verneuil des bons conseils qu'il nous a prodigués et M. Tuffier, son interne, qui nous a communiqué une observation très intéressante.

Que M. le professeur Richet veuille bien accepter ici le témoignage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

TUMEURS DU CREUX POPLITÉ.

Les tumeurs que l'on peut rencontrer dans le creux poplité sont nombreuses.

Les unes sont des tumeurs liquides, les autres sont solides. Les tumeurs liquides bien étudiées par Foucher (1) sont des kystes qui peuvent être articulaires,

(1) Loc. cit.

suivant qu'ils sont ou non en communication avec l'article.

Les kystes communiquant avec l'articulation ne sont que des exagérations des follicules synoviaux. Ils sont en général faciles à reconnaître, quand ils sont réductibles ou qu'ils s'accompagnent d'hydarthrose. Au contraire, quand ils ont perdu cette communication il est difficile de les diagnostiquer.

Cette variété de kystes non articulaires en comprend deux ordres : des kystes ganglionnaires, et des kystes qui primitivement, en rapport avec l'articulation, ont rompu leur point d'attache, ou dont le point d'attache s'est oblitéré.

Le plus souvent le pédicule qui les relie à l'articulation et les phénomènes antécédents d'hydarthrose sont les seuls caractères qui spécifient les kystes synoviaux.

Nous n'insisterons pas sur les kystes hydatiques signalés par Schwartz, dans son article Creux poplité du Dictionnaire pratique.

C'est une rareté pathologique. On trouve ailleurs du reste (Relations cliniques; Malgaigne, Revue médico-chirurgicale, 1853), les signes des kystes tendineux, séreux que Schwartz a reproduits. Quant aux anévrysmes ils peuvent être artériels, ou artério-veineux traumatiques ou spontanés. Leur diagnostic est le plus souvent facile. Il suffit de se rappeler les signes des anévrysmes en général. Toutefois il est ici un fait qu'il faut savoir, c'est qu'une tumeur du creux poplité peut être soulevée par l'ar-

tère de la région et se faire prendre ainsi pour une tumeur artérielle; il suffit de savoir distinguer un soulèvement d'un mouvement d'expansion, et M. Marey (Dict. encyclopédique, art. Cœur) a bien montré que non seulement la palpation, mais l'emploi du sphygmographe permettaient ce diagnostic.

Les tumeurs du nerf sciatique sont plus rares, d'un diagnostic plus difficile, et j'ose presque dire d'un pronostic beaucoup plus grave.

Les tumeurs qui peuvent s'y développer sont de divers genres. Si nous comprenions, avec Cornil et Ranvier sous le nom de névromes, seulement les tumeurs constituées par un tissu nouveau dont le type se retrouve dans le tissu nerveux (Cornil et Ranvier. Hist. pathol., 1re part., page 239), nous n'aurions rien à en dire; car tous les cas de tumeurs du nerf sciatique, que nous avons pu rassembler, n'appartiennent ni aux variétés de névromes médullaires et névromes fasciculés de Förster, cités par Jamain et Terrier, et pas plus aux névromes myéliniques ou amyéliniques de Virchow (Pathologie des tumeurs, trad. franc., 24e leçon, 1871). Les cas que nous rapportons sont des néoplasmes développés dans les nerfs, c'est-à-dire des pseudo-névromes de P. Foucault. (Thèse de Paris, 1872, numéro 84.)

Ces tumeurs sont : des carcinomes, des fibromes, des sarcomes, des myxo-sarcomes ou myxomes.

Le seul cas de carcinome appartient à Velpeau (Leçons cliniques). Il aurait enlevé une tumeur squir-

rheuse du sciatique au niveau de l'échancrure, mais l'examen micrographique n'a pas été fait. Le seul point que nous voulons signaler dans cette observation, c'est qu'il n'existait ni anesthésie, ni paralysie avant l'extirpation de la tumeur. Les fibromes sont plus communs, nous en rapportons un cas plus loin. Ils peuvent être centraux ou périphériques par rapport au nerf. Les sarcomes y sont plus communs encore : c'est le sarcome à petites cellules qu'on y rencontre assez souvent, c'est-à-dire une tumeur maligne au premier chef susceptible de repullulation et de généralisation. Il en est de même des myxo-sarcomes, ou myxomes.

Envisagées au point de vue symptomatologique toutes ces tumeurs des nerfs, au dire de Tillaux (Des affections chirurgicales des nerfs, 1806), dans sa remarquable thèse d'aggrégation, et des différents auteurs qui les ont décrites (Follin, Jamain et Terrier) sont caractérisées par deux faits : la douleur et la tumeur le long d'un nerf. Voici ce qu'en disent Jamain et Terrier :

« Le symptôme le plus fréquent, celui qui se montre dès le debut de l'apparition du mal et même la précède, c'est la douleur. »

Celle-ci est spontanée ou provoquée ; dans le premier cas elle se traduit par des picotements, des fourmillements, de l'engourdissement qui siègent dans les régions innervées par le cordon nerveux atteint. A ces phénomènes supportables succèdent des accès de douleurs névralgiques plus ou moins

intenses, constituant une série d'élancements, ou bien des secousses douloureuses comme celles qui résultent d'une décharge électrique.

On a dit que pendant les accès névralgiques la tumeur du nerf augmentait de volume? Quoi qu'il en soit, l'endolorissement de la région atteinte peut persister entre les accès, si bien que le patient finit par perdre le sommeil et par tomber dans un état d'excitabilité très grave, entravant, la nutrition générale. Dans quelques cas on a cité des accidents épileptiformes (Nélaton, Aronshonn) ou des phénomènes analogues à ceux de l'angine de poitrine. (Foucault.)

La douleur est provoquée, lors de contusions, de pressions légères exercées sur la tumeur; une simple contraction musculaire suffit pour la faire naître lorsque la production morbide est profonde. Cette douleur s'irradie de la tumeur vers les extrémités et suivant le trajet connu du nerf sur lequel siège le névrome ou le pseudo-névrome; il n'est pas rare de constater que la tumeur elle-même est peu douloureuse à la pression.

Or, au contraire, nous avons été frappé de la bénignité des troubles fonctionnels qui accompagnent ces tumeurs, et ce serait, à notre avis, faute grave que de compter sur la douleur et les troubles fonctionnels pour faire le diagnostic.

Dans les quelques faits que nous rapportons, on peut voir qu'il n'existe aucun trouble de l'innervation.

Les tumeurs des nerfs ou du voisinage des nerfs peuvent, à ce point de vue, se diviser en deux catégories :

Les tumeurs bénignes qui envahissent assez rarement les nerfs, mais qui peuvent les comprimer longtemps sans amener la moindre altération dans leur fonctionnement ; c'est ainsi que les tumeurs bénignes de la parotide englobent le facial sans nuire à sa motricité. Au contraire, les tumeurs malignes de la parotide envahisssent rapidement le nerf et provoquent une paralysie faciale très précoce. (*Facial. Dict. prat.*)

Pour le nerf sciatique, nous avons été frappé de ce fait : il n'existe pas de troubles fonctionnels dans les cas de sarcomes à petites cellules, sarcomes globo-cellulaires, c'est-à-dire tumeurs malignes par excellence.

Il faut donc bien se garder, dans le diagnostic des tumeurs du creux poplité, de se rapporter à la douleur ou aux troubles d'innervation pour localiser une tumeur dans le parenchyme nerveux. Nous accorderons beaucoup plus volontiers une importance à la forme allongée de la tumeur se terminant par une queue qui suit le trajet du nerf.

Tumeur formée par la thrombose des veines jumelles.

A côté de ces tumeurs nerveuses, nous devons en ranger une autre qui, à notre connaissance, n'a pas

été décrite. Il s'agit d'une tumeur formée aux dépens des veines jumelles.

On sait, en effet, que vers la partie moyenne du creux poplité, juste en face l'insertion des jumeaux sur le fémur, les veines qui naissent de ces muscles vont se jeter dans la veine poplitée. De plus, ces veines sont superficielles ; par rapport aux muscles, elles sont situées immédiatement au-dessous de son aponévrose d'insertion. Elles se dirigent verticalement pour se jeter dans la veine poplitée en s'anastomosant entre elles. D'autre part, les nerfs de cette région partant du sciatique entrent également dans le muscle à ce niveau ou un peu au-dessous, si bien que veines et nerfs sont rapprochés.

C'est là un fait d'anatomie que nous avons pu vérifier sur les très nombreuses pièces déposées au musée Orfila, pour le concours de prosecteur de l'année 1883. La disposition est identique sur toutes ces veines.

Supposons qu'une de ces veines vienne à se thromboser ou à s'enflammer, elle viendra faire saillie du côté du creux poplité en soulevant l'aponévrose d'insertion des jumeaux.

La phlegmasie disparue, restera une thrombose qui se caractérisera par une tumeur allongée dans le sens de ces veines. Tout cela semble s'être passé ainsi dans le cas que nous rapportons plus loin, et que nous devons à l'obligeance de M. Tuffier, interne des hôpitaux.

Dans ce cas, la tumeur était caractérisée par une

tuméfaction occupant le bord externe du jumeau interne ; elle avait le volume du petit doigt, elle était dure, bosselée, inégale, allongée dans le sens du muscle ; son extrémité supérieure aboutissait à la partie moyenne du creux poplité, l'extrémité inférieure se perdait dans le muscle ; elle s'accompagnait de douleurs violentes dans tout le membre.

Dans une clinique fort intéressante, M. le professeur Verneuil montra la difficulté du diagnostic et élimina complètement toutes les tumeurs connues du creux poplité, sans porter de diagnostic sur la nature du néoplasme. Aussi est-ce en se fondant sur l'intensité des douleurs que M. le professeur Verneuil se décida à intervenir.

Observation I.

Tumeur des veines jumelles. — Opération.

Diachs (Auguste), âgé de 31 ans, journalier. Entré le 30 novembre 1883, salle Michon, n° 12.

Le jeune homme qui fait le sujet de cette observation est grand et fort ; il entre pour se faire soigner d'une affection du genou.

Il ne présente à noter dans ses antécédents qu'une affection du foie contractée en Égypte et terminée par abcès après trois mois ; on retrouve encore sur la paroi abdominale la trace de cet abcès.

Il n'a jamais eu de syphilis, de rhumatismes, ni de fièvres intermittentes.

Il y a six semaines, il tombe de sa hauteur sur le

genou ; le gonflement de la région et la difficulté de la marche qui augmentent peu à peu le forcent à se mettre au lit pendant une semaine. Depuis vingt jours, le malade a gardé le lit et a appliqué des révulsifs vésicatoires et pointes de feu.

Ce traitement n'ayant amené aucune amélioration et la marche étant toujours impossible, le malade entre à l'hôpital.

Nous constatons alors un gonflement du genou avec fluctuation très nette ; il s'agit donc d'une hydarthrose : en examinant le creux poplité, on trouve une douleur localisée sur le bord externe du jumeau interne sans qu'il y ait de gonflement ni de déformation.

La palpation fait reconnaître aussi une tumeur occupant le bord externe du jumeau interne. La tumeur est dure, lisse, mal délimitée ; elle a une forme allongée parallèlement au jumeau, se perd en haut dans le creux poplité, et vient se terminer après un trajet de cinq ou six centimètres dans l'épaisseur du jumeau interne, où elle est perdue au milieu de la masse musculaire. Le volume et la direction égalent le petit doigt placé dans la région.

En faisant contracter les muscles jumeaux, on immobilise la tumeur ; elle siège donc au-dessous de l'aponévrose.

Les troubles fonctionnels sont très accentués ; le malade ne peut étendre complètement la jambe, à cause de la tumeur dont elle est le siège ; il ne peut

également poser la jambe à terre sans souffrir de cette tuméfaction.

M. le professeur Verneuil n'a jamais rencontré de tumeur ayant ces caractères et hésite sur sa nature, mais les troubles fonctionnels s'étant accentués, un premier bandage compressif n'ayant amené aucun résultat, le professeur juge l'extirpation nécessaire. L'opération est faite le 8 décembre.

Une incision est pratiquée parallèlement à la tumeur, on incise la peau et l'aponévrose superficielle ; on tombe sur l'aponévrose du jumeau interne, on incise et on trouve immédiatement au-dessous une tumeur bosselée, irrégulière et adhérant aux fibres musculaires ; on la dissèque et on l'extirpe.

Grâce à la bande d'Esmarch, on voit nettement le rapport de cette tumeur avec les veines. On ne perd pas de sang.

La réunion se fait par première intention ; drainage, pansement de Lister ; en quinze jours, la plaie est complètement cicatrisée, le malade ne souffre plus, les mouvements d'extension se font facilement et, au vingtième jour, le malade peut se lever et poser le pied à terre.

Examen de la pièce. — La dissection de la pièce montre l'agglomération de deux veines bosselées, variqueuses, présentant des sortes de diverticules ; leurs parois sont très épaisses, leur lumière presque comblée. Elles adhèrent complètement au tissu périphérique. En bas, la queue de la tumeur se conti-

nue avec une veine ; en haut, elle se termine par deux ou trois branches veineuses. Sur la partie latérale de cette tumeur, on trouve un filament blanchâtre qui est un nerf adhérent à la tunique externe des veines.

Le microscope démontre qu'il s'agissait bien d'une phlébite avec hypertrophie considérable et sclérose des parois veineuses.

Plusieurs faits sont dignes de remarque dans cette observation.

Tout d'abord le début traumatique de la tuméfaction ne pouvait faire soupçonner une lésion veineuse.

De plus l'absence complète de varices est encore un fait qui contribuait à faire méconnaître la tumeur.

La coexistence d'une hydarthrose a joué anssi son rôle dans cette histoire et avait fait penser tout d'abord à un kyste.

Enfin les douleurs assez vives dans tout le membre ne sont pas habituelles dans les varices.

Quoi qu'il en soit, ce cas de tumeur du creux poplité nous a paru d'autant plus digne d'être rapporté qu'il n'en existe pas d'autres dans la science, si nous en croyons nos recherches et celles de M. Verneuil. Il n'en résulte pas moins qu'il faudra faire entrer ce fait en ligne de compte dans le diagnostic des tumeurs du creux poplité. Malheureusement ce fait est unique et ne nous permet pas de tirer des

lois générales symptomatiques ou diagnostiques.

Nous allons citer maintenant quelques tumeurs des nerfs.

Observation II (Personnelle).

Sarcome du sciatique poplité interne. — Opération faite par M. Verneuil.

Amon (Ernest), hôpital de la Pitié, âgé de 24 ans, salle Michon, lit n° 48.

Il n'a jamais eu d'antécédents strumeux, pas de syphilis; son père et sa mère sont bien portants. Il a eu, dit-il, une fluxion de poitrine il y a trois ans. Il est grand et fort, n'a jamais eu que quelques douleurs articulaires qu'il appelle fraîcheurs.

Il a commencé à s'apercevoir de son affection le 7 décembre 1879 ; il ressent une douleur au creux poplité quand il marche seulement. Il va consulter son médecin qui pense à un rhumatisme et fait appliquer un vésicatoire. Cette médication n'amène aucun soulagement, et quinze mois après il constate au niveau du jarret une tumeur du volume d'une noix.

A cette époque les douleurs se manifestaient sous forme d'élancements dans tout le membre et s'accentuaient le soir après la marche. Il continuait cependant son travail qu'il était obligé d'interrompre tous les quinze jours ou tous les mois, parce que les souf-

frances que lui causait le pénible métier qu'il exerçait étaient trop fortes.

A cette époque il se fractura la jambe, la tumeur tripla de volume depuis cet accident, le malade est très affirmatif au point de vue de l'évolution très rapide depuis cet accident. C'est surtout pendant la marche que la tumeur était douloureuse.

Aujourd'hui nous constatons une tumeur du volume d'une grosse orange, bien encadrée dans le creux poplité qu'elle soulève légèrement. La peau à son niveau n'a pas changé de coulenr.

La palpation nous renseigne sur la forme de la tumeur qui est ovoïde, à grand axe vertical. Sa consistance est dure, sa surface lisse, on n'y trouve ni granulation ni bosselure.

La jambe est légèrement fléchie sur la cuisse, mais peut être étendue ; à ce moment le malade accuse quelque douleur.

Cette tumeur est mobile dans le sens transversal et un peu dans le sens longitudinal ; elle ne présente aucune adhérence aux parties profondes ; quand on fait étendre la jambe la tumeur devient fixe. Les troubles fonctionnels sont très peu accentués ; après une longue marche le malade souffre un peu au niveau du mollet ; après quelques heures de repos la douleur disparaît complètement.

La tumeur elle-même est indolente, il n'y a pas non plus de signes de compression. La sensibilité et la motilité n'ont subi aucun trouble, il n'y a

pas non plus de troubles trophiques. L'état général est excellent.

L'extirpation est pratiquée le 27 juillet par M. Verneuil qui avait d'ailleurs pensé à un fibrome du creux poplité.

Après la section de la peau et de l'aponévrose on trouve une tumeur qui se continue en haut avec le tronc du nerf sciatique ; en bas ses deux branches se continuent également avec la tumeur qui se prolonge en queue de ce côté. M. Verneuil essaye d'abord de disséquer la tumeur en ménageant les nerfs, mais il est obligé de pratiquer la résection du tout.

La plaie est lavée à l'eau phéniquée et pansée avec soin.

Le lendemain la température s'élève à 39, le surlendemain elle monte à 39°, 4, sans que l'on puisse s'expliquer en aucune façon cette élévation thermique. La plaie n'est pas douloureuse, mais au-dessus du genou existe une légère douleur. M. Verneuil pense à un peu d'arthrite. Les jours suivants la température tombe et oscille entre 37° et 38°. Au dix-huitième jour on enlève le pansement, la plaie est rose, granuleuse et complètement fermée. On applique un nouveau pansement ouaté, que l'on laisse encore une dizaine de jours, après quoi on panse la plaie ou diachylon.

A la suite de l'opération, la sensibilité et la motilité disparaissent dans toute la sphère du sciatique. La sensibilité ne persiste que dans la région innervée par le nerf saphène interne.

Examen de la pièce. — M. Babinski, interne des hôpitaux, a bien voulu examiner la pièce.

La tumeur, ainsi que les deux troncs nerveux qui partaient de ses deux extrémités, ont été fixés par le liquide de Muller. Un examen à l'œil nu a permis de voir que les filets nerveux entouraient le néoplasme et que celui-ci occupait la partie centrale du nerf. Les deux portions du nerf, celle qui arrivait à l'extrémité supérieure de la tumeur et celle qui partait de son extrémité inférieure, ont été examinées sur des coupes trausversales et sur des dissociations (coloration au picro-carmin).

Les tubes nerveux ont été trouvés partout absolument normaux ; aucun d'entre eux n'était en voie de dégénération. Le durcissement de la tumeur a été ensuite complété par la gomme et l'alcool. Les coupes ont été colorées par le picro-carmin et moulées dans la glycérine.

L'examen histologique confirme l'examen macroscopique au point de vue du siège des fibres nerveuses ; toutes les fibres sont situées à la périphérie de la masse, on n'en trouve pas au centre. Le néoplasme est essentiellement constitué par des cellules rondes, régulières, de 10 μ à 20 μ de diamètre à un ou plusieurs noyaux se touchant les uns les autres ; ces cellules sont logées dans un stroma conjonctif qui dérive vraisemblablement du tissu conjonctif interfasciculaire du nerf à mailles très larges et sans aucune analogie avec un stroma carcinomateux. Les vaisseaux sanguins qui parcourent le

néoplasme sont volumineux, remplis de sang, et les parois de la plupart d'entre eux sont constituées par des cellules embryonnaires.

C'est un sarcome encéphaloïde développé au centre du nerf et n'ayant pas altéré les tubes nerveux.

Observation III.

Fibrome du nerf sciatique poplité externe ; extirpation par dénudation du nerf, faite par M. Verneuil.

Mad[me] X..., âgée de 43 ans, vient à Paris en juillet 1875, sur les conseils de son médecin, se faire enlever une tumeur du creux poplité.

C'est une femme ordinairement bien portante, un peu pâle et qui n'accuse aucun accident diathésique. Elle a toujours été bien réglée et, à part quelques accès de bronchite et d'oppression qui surviennent de temps en temps depuis sa première enfance, sa santé a toujours été bonne.

Il y a deux ans, au mois de juillet 1873, elle s'aperçoit par hasard, en mettant ses bas, qu'elle portait sur le jarret gauche une tumeur grosse comme une noix. Cette tumeur était alors complètement insensible ; son médecin lui fit appliquer un peu de teinture d'iode, et voyant qu'aucune amélioration ne s'y produisait, lui fit faire, en décembre 1873, quelques onctions mercurielles, mais sans plus de résultats. L'année suivante, vers le mois de mars, elle fut prise d'une perte, qui dura près d'un mois et laissa à sa suite une grande faiblesse. Elle passa le mois

de juillet à Royat et se remit un peu. L'hiver suivant fut assez bon, mais, en janvier 1875, elle éprouva de vives douleurs dans sa tumeur, surtout vers l'extrémité inférieure.

Peu à peu ces douleurs devinrent continuelles et empêchèrent tout sommeil. Elle ne pouvait marcher qu'avec peine : la station assise cependant était plus douloureuse encore que la marche, des tiraillements assez vifs se faisaient sentir jusqu'au milieu du mollet.

De plus, la tumeur qui s'était développée lentement grossit tout à coup par saccades. La position devint tout à fait intolérable ; aussi se résigna-t-elle à venir à Paris pour se faire opérer.

A ce moment, la tumeur a le volume du poing d'un adulte : elle est très allongée et s'étend obliquement de haut en bas, de dedans en dehors, de la ligne médiane du creux poplité, jusqu'au niveau du point où les tendons de la patte d'oie atteignent le tibia ; son extrémité supérieure disparaît sous l'aponévrose poplitée, son extrémité inférieure est libre et forme une saillie notable.

La consistance de la tumeur est inégale, dure et presque ligneuse dans la plus grande partie de son étendue ; elle est molle en bas. La tumeur est légèrement mobile dans le sens transversal, mais paraît cependant prendre attache sur les parties fibreuses du bord externe de l'articulation. La pression est douloureuse, surtout au niveau de l'extrémité inférieure ; elle présente quelques irradiations jusque

dans le milieu du mollet ; il n'y a aucune espèce de paralysie musculaire ou cutanée, Le pied et la jambe sont parfaitement sains d'ailleurs.

Le siège de la tumeur sur le trajet du nerf sciatique poplité externe, ses caractères propres, les irradations douloureuses qui l'accompagnent dans le mollet, font porter à M. Verneuil le diagnostic de fibrome de la branche terminale externe de ce nerf.

Une incision longitudinale de 16 centimètres environ, oblique de haut en bas et d'arrière en avant, permet d'arriver sur la tumeur. M. Verneuil reconnaît que le nerf la traverse de part en part et conçoit sur le champ l'idée de ménager le nerf, si possible.

L'opérateur dégage alors la tumeur de ses adhérences les plus superficielles ; puis, enlevant petit à petit, très péniblement, quelques morceaux du tissu dense qui la compose, il met ainsi à nu de haut en bas le nerf sciatique poplité externe. Le névrilème du nerf est intact, le nerf n'est nulle part envahi par le tissu néoplasique, et semble entièrement sain dans l'étroit canal qu'il parcourt. Bien plus, dès les premiers coups de bistouri, M. Verneuil remarque que le nerf présente à sa surface une petite artère assez volumineuse, de laquelle part de chaque côté un chevelu vasculaire, qui semble en assurer la vitalité. La dénudation de tout le nerf se fait assez difficilement, en raison de la dureté du tissu qui l'environne ; elle est continuée dans toute

l'etendue de la tumeur, malgré le peu de chances qui, a priori, semblent réservées à une semblable tentative. La portion du tronc ainsi dénudée n'a pas moins de douze centimètres.

Les derniers débris de la tumeur adhérents à l'aponévrose sont enlevés ; il n'a pas fallu poser moins de 7 à 8 fils à ligature dans la plaie pour assurer l'hémostase.

Le pansement habituel (tarlatane et charpie imbibée d'eau phéniquée) est appliqué sur la plaie ; des pulvérisations légèrement phéniquées sont appliquées toutes les deux heures sur la tarlatane.

Lorque la malade, qui a été chloroformée, se réveille, on cherche à s'assurer de l'état de la sensibilité dans la zone du nerf dénudé. La malade éprouve à peine quelques sourdes sensations sur la partie externe du dos du pied lorsqu'on y passe le doigt ou une épingle ; mais en plein sur le dos du pied toute sensation tactile a disparu, la portion la plus interne du mollet paraît se sinl.

La malade dort peu la nuit qui suit l'opération ; en se réveillant elle éprouve quelques tressaillements quelques crispations dans la jambe et dans le pied sans mouvement aucun ; ces sensations anormales répondent jusque sur le dos du pied et les orteils ; cet état dure jusqu'au lendemain matin. Des douleurs sourdes avec engourdissement s'étendent ensuite jusqu'à la cheville et la face dorsale des orteils, notamment le gros orteil ; la pulvérisation de la plaie les augmente beaucoup, et vraisembla-

blement la température du liquide, la projection plus ou moins vive de la vapeur en sont la cause ; les douleurs en effet sont plus vives après chaque pulvérisation et durent 1/2 heure.

Au bout de quelques jours la sensibilité renaît un peu sur le dos du pied qui semble moins mort; mais elle est toujours très obtuse.

La plaie va parfaitement, le nerf se couvre de bourgeons et s'accole extrêmement vite par sa face antérieure, puis par ses bords, à la face profonde et aux faces latérales de la plaie. Il ne reste bientôt plus de cette plaie, vers le dixième jour, qu'une large et longue gouttière, dans laquelle le nerf a fini par disparaître. Les fils à ligature sont tombés l'un après l'autre, le dernier, semble-t-il le 27 août.

La plaie cependant se ralentit et, pendant deux semaines, présente deux plaques diphtéritiques, qui ne tombent que pour renaître bientôt; l'état général est, du reste, satisfaisant. Des topiques variés ont été employés, rien n'a pu hâter la guérison. C'est alors que sur le conseil de M. Verneuil Mme X... quitte Paris pour retourner à la campagne.

La plaie va bien pendant plusieurs jours, mais bientôt devient atonique, et les plaques diphthéritiques reparaissent.

Un petit abcès se produit même à l'angle inférieur de la plaie; cette fois, le 5 septembre, tombe le dernier fil à ligature. De légères cautérisations à la pierre infernale, quelques badigeonnages légers à la teinture d'iode, du jus de citron, alternativement

employés, améliorent au bout de quelques jours cet état, mais les plaques diphtéritiques reparaissent bientôt.

La malade ressent à nouveau quelques élancements sourds dans la partie insensible du mollet ; le pied et la partie inférieure de la jambe sont même pris d'une légère enflure. Un nouvel abcès se forme au voisinage de l'angle inférieur de la plaie et s'ouvre dans la plaie même ; un autre lui succède peu de temps après et dure peu ; le pied, la jambe reviennent à leur état naturel ; la fièvre et les maux d'estomac, qui étaient survenus, disparaissent. Au mois de février dernier, la plaie n'avait plus qu'une longueur de 3 ou 4 centimètres.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par M. Nepveu, a confirmé le diagnostic de *fibrome*, porté par M. Verneuil.

Observation IV.

Thèse de Girardin. — (Campenon et Cornil.) Société de chirurgie. — Fibro-myxome du nerf poplité externe, avec altérations fibro-myxomateuses des troncs nerveux du creux poplité sur une grande longueur.

Le 17 novembre 1875, M. le professeur Trélat présentait à la Société de chirurgie une tumeur enlevée du creux poplité, et le 29 mai 1876 communiquait l'observation suivante :

Le malade qui fait le sujet de cette observation est un jeune étudiant en droit, M. A. A..., d'origine étrangère, entré le 15 novembre 1875, dans le ser-

vice de M. le professeur Trélat, à la Charité (salle Saint-Jean, n° 11).

Ce jeune homme, âgé de 22 ans, d'une bonne constitution, sans maladie antérieure, fait remonter à un an environ le début de son affection. Ce serait vers le mois de décembre 1874, qu'au sortir d'un bain il aurait constaté, tout à fait par hasard, l'existence d'une petite grosseur dans le creux du poplité gauche vers sa paroi externe, du volume d'une noix environ à ce moment, et se déplaçant assez bien sous le doigt; cette tumeur n'a cessé de s'accroître depuis lors, d'abord d'une façon presque insensible, puis assez rapidement depuis trois mois.

Malgré ce changement de volume, elle est restée ce qu'elle était au début, parfaitement indolente; et si le malade en réclame l'ablation, c'est parce qu'elle l'inquiète plutôt que par la gêne qu'elle occasionne.

A son entrée, le malade présente l'état suivant :

Signes physiques. — Le malade étant couché sur le ventre, il suffit d'un coup d'œil pour reconnaître une différence considérable entre les deux creux poplités. A gauche, en effet, la dépression normale du jarret a fait place à une saillie de forme hémisphérique assez régulière, occupant surtout les deux tiers supérieurs de la région.

La peau est saine, non œdémateuse, non variqueuse; elle glisse facilement et complètement sans traces d'adhérences, sur les parties sous-ja-

centes; aussi est-il facile d'apprécier les caractères de la tumeur.

Elle est lisse, sans bosselures, d'une consistance égale partout, mais difficile à traduire; c'est quelque chose tenant le milieu entre la dureté vraie et la rénittence. Ses limites sont assez nettes, du moins dans trois directions. En bas, elle s'arrête à un travers de doigt environ au-dessus du point de fusion des jumeaux, et il est facile (la jambe étant fléchie et les muscles dans le relâchement), de plonger les doigts en dessous de la tumeur. En dehors, elle s'avance jusqu'au contact immédiat du muscle biceps. En dedans, elle semble déborder légèrement les tendons des demi-membraneux et demi-tendineux; mais il suffit de faire contracter ces muscles pour voir la tumeur rentrer dans le creux-poplité. A la partie supérieure, toute limite précise manque; la tumeur semble s'engager sous les muscles, mais plus haut, le long de la cuisse, il n'existe entre les deux membres aucune différence appréciable soit à la vue, soit au palper, soit pendant la contraction, soit pendant le relâchement des parties.

Si l'on cherche à accrocher profondément la tumeur avec les doigts, il est facile de constater qu'elle n'a aucune adhérence ni avec le squelette, ni avec les parties voisines, sauf peut-être à la partie externe au point où elle a débuté.

La mobilité est moindre de ce côté. Ajoutons enfin qu'il n'existe aucun souffle, aucun battement

d'expansion ou autre, et aussi que la tumeur est absolument irréductible.

Les parties voisines sont saines : rien du côté du genou ; pas d'hydarthrose, pas d'œdème, pas d'atrophie ni à la vue, ni à la mensuration, pouls de la pédieuse normal.

Signes fonctionnels. — Aujourd'hui, comme au début, la tumeur n'est jamais le siège de douleurs spontanées ; mais on peut, par le palper sur sa partie externe, éveiller un sentiment pénible, d'ailleurs sans irradiation. La jambe n'est jamais le siège d'aucune éruption. La sensibilité, recherchée dans ses diverses modalités, n'offre aucune différence avec le membre droit. Invité à marcher, le malade le fait sans douleur, mais avec une certaine difficulté. Le genou se plie à peine, le talon se détache bien du sol, mais la pointe du pied a des tendances à traîner. Les muscles ont cependant conservé toute leur vigueur apparente et résistent à peu près également aux efforts de l'explorateur des deux côtés.

Consulté à diverses reprises par le malade, M. le professeur Trélat avait porté le diagnostic pseudo-névrome.

Toutefois, avant de proposer l'opération, il avait tenté, mais en vain, et d'ailleurs sans aucun antécédent spécifique, le traitement mixte. La marche progressive et rapide de l'affection décida à l'intervention chirurgicale, conseillée également par M. le professeur Verneuil, qui avait examiné A... au mois de septembre.

Opération. — Le 17 novembre, le malade étant chloroformé et la bande d'Esmarch ayant été appliquée, on pratiqua, sur la ligne médiane et dans toute la hauteur du creux poplité, une incision de 12 centimètres environ. La peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose étant coupés, on arrive sur une tumeur grisâtre, lisse, remplissant tout le creux poplité et n'adhérant aux parois que par un tissu cellulaire lâche et facile à rompre. Mais on reconnaît de suite qu'elle fait corps avec le sciatique poplité externe. Bien que fusionné avec la tumeur qui siège plus profondément, ce nerf semble encore reconnaissable sous forme d'une sorte de lamelle un peu blanchâtre; aussi M. Trélat essaye-t-il d'abord de le sculpter dans la masse morbide, ce qui a pour résultat de permettre l'énucléation de la tumeur proprement dite. Mais il est facile de constater que le nerf sculpté est, non moins que le sciatique poplité interne, profondément altéré ; les cordons qui les représentent sont énormes, ils atteignent le volume du pouce; leur consistance est mollasse et comme gélatineuse, leur surface irrégulièrement bosselée. Cette altération remonte plus haut et elle s'étend au tronc du nerf sciatique.

L'incision étant prolongée en haut jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, le nerf sciatique se montre dans toute cette étendue sous forme d'un boudin légèrement bosselé. Vainement le doigt est-il porté au fond de l'incision et explore-t-il le nerf, l'altération dépasse tout point accessible; il faut renoncer à

atteindre les limites du mal. La résection de toute la portion nerveuse découverte est pratiquée. Aucune hémorrhagie n'a lieu; seule l'artère du nerf sciatique doit être liée.

La plaie, parfaitement rectiligne, longue de 26 centimètres, fut pansée tout d'abord avec de l'eau de Pagliari, puis ultérieurement avec des gâteaux de charpie, trempés dans un mélange d'eau et d'alcool phéniqué.

Du 17 novembre au 3 décembre la plaie se présenta avec les meilleurs caractères; pus peu abondant et de bonne nature; absence complète de douleurs. Après une fièvre intense (38° 9 — 40°) de trois jours, la température baisse et tombe complètement au dixième jour de l'opération.

A la sortie du malade, 10 février, elle ne mesure plus que 12 centimètres de long, sur 2 à peine de profondeur. A aucun moment elle n'a été le siège de douleurs spontanées.

Les modifications successives présentées par la jambe et le pied sont des plus intéressantes. Le lendemain de l'opération on constatait non seulement l'anesthésie et la paralysie motrice des parties innervées par le sciatique, mais aussi un œdème assez considérable de la jambe et du pied, œdème qu'on pourrait peut-être attribuer à la compression exercée par le pansement, tant sur la veine poplitée que sur les veines superficielles. L'auteur de l'observation incline toutefois à le considérer plutôt comme un trouble trophique que comme un simple

fait de stase veineuse, appuyant cette manière de voir sur son intensité plus grande à la partie externe de la jambe et surtout sur l'apparition, au dixième jour, d'une eschare du dos du pied absolument spontanée.

L'eschare apparue sur le dos du pied a présenté une évolution remarquable. Peu à peu et tout à fait lentement (six semaines), elle a été remplacée par une cicatrice complète et d'une teinte brun pâle.

Les membres paralysés sont restés tels et ne se sont pas rétractés deux mois et demi après l'opération; aussi le pied conserve-t-il la même position qu'au premier jour; extension, adduction et rotation de la pointe en dedans.

Quant à la sensibilité, elle a subi plusieurs phases successives. Jusqu'au 1er janvier 1876 (six semaines après l'opération), la paralysie est absolue dans toute la région externe de la jambe et sur tout le pied, moins le bord interne. Quant aux parties nnervées par le saphène interne, elles présentent eur sensibilité normale. Le 1er janvier, la région éronière paraît recouvrer un peu de sensibilité. e 10 janvier, des douleurs spontanées, passagères, e montrent pour la première fois au niveau du ollet et du cou-de-pied, le département innervé ar le saphène interne devient en même temps le ège d'une légère hyperesthésie. Le 20 janvier, nsibilité normale de la face interne de la jambe du pied, sensibilité très obtuse de la région pénière; sensation de fourmillement sans douleur à

la partie externe de la jambe et du pied. Aucune modification jusqu'au jour de la sortie.

A la date du 1er avril, d'après les renseignements transmis par le Dr Du Mesnil à M. le professeur Trélat, l'état du malade était le suivant.

Depuis le 10 mars, la cicatrisation de la plaie est complète. A... marche avec des béquilles. Convalescence rapide, état excellent.

La sensibilité explorée avec une épingle, le malade étant couché sur le dos, existe :

1° Dans toute l'étendue de la cuisse ;

2° A la surface de toute la partie externe de la jambe, jusqu'au niveau de l'articulation tibio-tarsienne ;

3° Dans tout le côté interne de la jambe.

4° L'insensibilité est complète sur tout le dos du pied et des orteils ; la plante du pied est égalemen insensible ;

5° Depuis le creux poplité jusqu'au bas, la fac postérieure de la jambe est complètement inerte.

La sensibilité explorée au point de vue de l'appr ciation des différences de température est conserv partout, sauf sur la face dorsale du pied.

Le fourmillement produit par le passage des cou rants induits est éprouvé exactement dans l mêmes points et avec les mêmes différences d'i tensité que les piqûres d'épingle. Aucun des muscl de la jambe ne répond à l'excitation de l'électricit A la partie interne cependant, le malade dit perc

voir la contraction de quelques faisceaux musculaires.

Le pied est dans l'extension sur la jambe, légèrement incliné en dedans; quand on la ramène à sa position normale, abandonné à lui-même il reprend immédiatement cette position.

Le malade est électrisé chaque jour. Depuis cinq à six jours les muscles sont moins flasques et présentent un plus de tonicité.

Examen de la pièce fait par M. V. Cornil. —Nous présenterons seulement ici les particularités les plus intéressantes de cet examen.

La grosse tumeur siégeant sur le trajet du nerf poplité externe présente un tissu colloïde, semi-transparent, de couleur ambrée, mais assez ferme. On y trouve : 1° un réseau de faisceaux et de fibres du tissu conjonctif, formant des mailles assez régulières et assez serrées; 2° dans les espaces circonscrits par ces tractus, il existe un liquide muqueux et des cellules de tissu conjonctif.

La tumeur est entourée d'une enveloppe fibreuse continue avec la gaine lamelleuse du nerf poplité externe. M. Cornil reconnaît un fibro-myxome considérable, développé dans la continuité du nerf.

Le grand nerf sciatique et les nerfs poplités externe et interne, convertis, en dehors des limites de la grosseur poplitée, en tumeurs cylindriques, bosselées, présentent, à l'examen microscopique, des faisceaux nerveux considérablement hypertrophiés, semi-transparents à leur périphérie et séparés par

un tissu conjonctif très riche qui permet de les isoler facilement les uns des autres.

Les modifications des cordons nerveux sont donc causées par un tissu fibro-myxomateux analogue à celui de la tumeur poplitée.

En résumé, dit M. Cornil, il s'agit ici d'un fibro-myxome dans lequel l'élément fibreux domine et constitue une charpente d'une grande solidité. Le tissu nouveau existe uniquement dans les faisceaux nerveux, c'est-à-dire à l'intérieur de la gaine lamellaire. Les lames internes de cette gaine sont elles-mêmes dissociées, et le tissu morbide, s'interposant entre elles et repoussant au centre du faisceau les tubes eux-mêmes dissociés en plusieurs groupes longitudinaux, forme en dedans de la zone lamellaire une zone épaisse et entoure chacun des tubes nerveux des groupes secondaires. La gaine de Schwann présente une certaine multiplication de ses éléments cellulaires; la substance médullaire e le cylindre-axe sont conservés intacts.

On ne trouve donc ici rien d'analogue à la des cription classique des fibro-myxomes, donnés comm types des pseudo-névromes, et dans lesquels le né vrilème serait le point de départ de la tumeur ; d telle sorte que les faisceaux nerveux dissociés se raient aplatis et comprimés autour de la tumeu Ici, en effet, la lésion est toujours bornée à l'inté rieur des faisceaux ; en un mot, c'est le tissu con jonctif intra-fasciculaire qui est développé d'u

façon pathologique et qui coustitue la néoformation.

Au point de vue de la physiologie pathologique des nerfs, il est très remarquable de constater une intégrité aussi parfaite des tubes nerveux, lorsque leurs enveloppes et le tissu interfasciculaire qui les entoure sont dans un tel état d'hyperplasie. Cette intégrité coïncidait naturellement avec la conservation complète de la sensibilité et de la motilité.

Observation V.

Thèse de Girardin, 1876. — Observ. empruntée à la *Gazette médicale de Lyon*, 1850. — Fibrome du nerf sciatique, poplité interne ; extirpation faite par Bonnet en laissant le nerf intact.

J. Gaudet, âgé de 56 ans, à la suite d'un choc reçu il y a vingt ans sur le jarret gauche, s'aperçut au bout de trois ans d'une petite dureté dans ce point. Ce ne fut néanmoins qu'à partir de la neuvième année que la tumeur, augmentant lentement, commença à devenir le siège de quelques douleurs qui s'irradiaient dans la jambe.

Depuis deux ans, ces douleurs augmentèrent d'intensité au point que la marche, la chaleur du lit, les rappelaient ; il en était de même de la pression. Elles s'étendaient dans toute la jambe jusqu'au bord interne du pied. Crampes fréquentes pendant la nuit, empêchant le sommeil.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 21 no-

vembre 1849, Bonnet, outre les symptômes précédents, constata, quant à l'état local, une tumeur oblongue du volume d'un œuf de poule, offrant son grand diamètre de haut en bas et siégeant à la limite inférieure du creux poplité. Pulsations isochrones aux battements artériels, sensibles lorsqu'on applique la paume de la main sur la tumeur, mais disparaissant quand on déplace celle-ci, soit en dedans, soit en dehors. Pas de bruit de souffle à l'auscultation ; pas de changement de couleur à la peau.

Ayant admis, d'après l'interprétation de ces signes, l'existence d'un névrome du nerf sciatique poplité interne, Bonnet procéda à l'opération ainsi qu'il va être dit.

Le 30 novembre, après avoir endormi le malade avec l'éther, il fit à la peau, puis à l'aponévrose d'enveloppe, une incision cruciale. Il écarta ou coupa ensuite quelques fibres musculaires aplaties qui recouvraient la tumeur et aperçut alors une tumeur du volume d'une grosse noix, traversée dans son plus grand diamètre par un nerf volumineux que l'on reconnaît être le poplité interne. L'union du nerf et de la tumeur paraissent être des plus intimes. Néanmoins, Bonnet, qui avait déjà eu occasion d'observer un cas à peu près semblable, douta encore de l'altération du cordon nerveux. Il fendit donc lentement la tumeur en deux parties, couche par couche, jusqu'à ce qu'il fût arrivé sur le nerf, qu'il trouva intact. Ce troisième temps de l'opéra-

tion permit aux deux moitiés du névrome de sortir d'elles-mêmes de la poche celluleuse qui les renfermait, et laissa voir le nerf poplité situé à la face interne et antérieure de l'enveloppe, qu'on excisa en même temps.

On ne tenta pas la réunion immédiate. La plaie, pansée à plat, guérit sans accident, et le malade put sortir le 26 janvier 1850.

Immédiatement après l'opération, les douleurs, qui étaient si vives et si fréquentes auparavant, disparurent complètement. Le malade n'éprouva plus ces crampes qui occasionnaient une insomnie si tenace. Dès la première nuit il put dormir comme il ne l'avait pas fait depuis deux ans.

Observation VI.

Bulletin de la Société anatomique, novembre 1877, page 548 (4e série). — Névrome amyélinique sous-cutané. M. Després.

M. Després présente une petite tumeur enlevée sur une jeune fille de 11 ans ; cette tumeur, du volume d'une noix, était située à la partie supérieure du *creux poplité* et était située immédiatement au-dessous de la peau à laquelle elle adhérait. Elle présentait une grande dureté et a été diagnostiquée tumeur fibreuse. A l'examen on constate qu'il s'agit d'une tumeur ramifiée à petits lobules.

Examen histologique de la tumeur par M. Malassez. — La tumeur est située à la face profonde du derme. A l'œil nu, on voit qu'elle est composée de

petites masses sphériques ou ovoïdes du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. Au microscope, ces lobules présentent une enveloppe mince formée de tissu conjonctif. Leur intérieur est homogène et constitué par des éléments d'apparence fusiforme, coupés en long ou en travers et donnant grossièrement l'aspect d'un sarcome fasciculé. En dehors de ces lobules relativement volumineux, on en distingue d'autres plus petits, visibles seulement au microscope, disséminés entre les faisceaux du tissu conjonctif. Les uns ont une forme allongée et sont composés par une masse fibrillaire très fine, sinueuse, dans laquelle sont plongés des noyaux allongés. Ces apparences rappellent tout à fait celles que donne un nerf amyélinique coupé dans le sens de sa longueur. On pourrait, à première vue, les confondre avec des faisceaux d'éléments fasciculés, coupés dans le sens de leur longueur. Mais, en y regardant de plus près, on voit que ce tissu finement fibrillaire, dans lequel sont plongés les noyaux, ne donne pas l'aspect d'un enchevêtrement de cellules fusiformes.

Sur d'autres points, les petits lobules microscopiques ont une forme arrondie et présentent, au milieu d'une masse finement granuleuse, des noyaux arrondis. Ces noyaux ne sont pas entourés d'une masse protoplasmatique à limites distinctes, comme s'il s'agissait d'éléments sarcomateux ou de fibres musculaires lisses coupées en travers. Les éléments qui entrent dans la composition des lobules

visibles à l'œil nu sont tout à fait semblables à ceux qui viennent d'être décrits dans les lobules microscopiques. Il n'y a entre eux qu'une différence de volume. M. Ranvier, à qui les préparations microscopiques ont été soumises, pense que la tumeur tout entière est un névrome amyélinique.

Dans ces observations nous appelons surtout l'attention sur l'absence des troubles fonctionnels ; dans l'observation que nous avons prise dans le service de M. Verneuil, ce n'est que quinze mois après la première manifestation de la tumeur, et alors qu'elle avait atteint le volume d'une grosse noix que le malade est obligé d'interrompre son travail ; et même à cette époque il souffre surtout quand il marche, la douleur disparaît à peu près complètement par le repos, il ressent encore quelque douleur quand la jambe, légèrement fléchie sur la cuisse, est étendue.

Dans l'observation de madame X..., âgée de 42 ans « fibrome du nerfs ciatique poplité externe », que nous avons empruntée à la thèse de Girardin, « la malade s'aperçoit par hasard en mettant ses bas qu'elle porte sur le jarret gauche une tumeur grosse comme une noix. Cette tumeur était alors complètement insensible ». Ce n'est que l'hiver suivant qu'elle commença à éprouver des douleurs.

Dans l'observation que M. Trélat a communiquée le 29 mai 1876, après avoir présenté à la Société de chirurgie, le 17 novembre 1875, une tumeur du

creux poplité, le malade, âgé de 22 ans, fait remonter à un an environ le début de son affection. C'est par hasard, en sortant du bain, qu'il constata l'existence d'une petite grosseur dans le creux poplité gauche, grosseur qui s'accroît depuis lors d'une façon presque insensible, puis plus rapidement ensuite. Si le malade en réclame l'ablation, c'est parce qu'elle l'inquiète plutôt que par la gêne qu'elle occasionne.

Dans l'observation empruntée à la Gazette médicale de Lyon 1850 (fibrome du nerf sciatique poplité interne), le malade, à la suite d'un choc reçu sur le jarret gauche, s'aperçoit au bout de trois ans seulement, d'une petite dureté dans ce point. Ce ne fut qu'à partir de la neuvième année que la tumeur augmentant lentement commença à devenir le siège de quelques douleurs.

Dans le sarcome du nerf sciatique, de M. Marchand (Société de chirurgie, 23 juillet 1879), il s'agit d'un homme de 38 ans qui portait, depuis cinq ans, à la jambe gauche, une tumeur qui avait grossi peu à peu. Il n'existait pas de troubles de l'innervation. M. Marchand extirpa la tumeur qui présentait une longueur de 12 centimètres et était un sarcome central du nerf sciatique. Le malade guérit.

Observation VII

luralité des néoplasmes. — Névrome et fibro-lipome. — Observation due à M. Tuffier, interne, aide d'anatomie.

Le nommé Didot, 62 ans, jardinier, entre le 9 novembre 1883, salle Michon, n° 56.

C'est un homme grand, fort, vigoureux, qui vient ›ur se faire soigner d'une tumeur du jarret.

Il y a trente ans, il sentit, en sautant un fossé, une ›méfaction, qui, d'après lui, se serait produite dans creux poplité.

Il ne s'en occupa pas et continua à marcher et à ›vailler. La tuméfaction s'accrut peu à peu sans action aucune. La marche n'était pas gênée. Ce est qu'au bout de quelques mois que survinrent des uleurs lancinantes dans la jambe (droite). Ces uleurs ne suivaient pas spécialement le trajet ın nerf, c'était plutôt une sorte d'engourdisse-›nt qui se manifestait après la marche.

Cette tuméfaction au bout de dix ans n'était plus tout douloureuse, elle avait à ce moment la gros-ır d'un petit œuf.

C'est à cette époque que survint au niveau de la e du péroné une nouvelle tumeur, qui jamais ne douloureuse, qui s'accrut peu à peu.

Enfin, il y a vingt ans, se développa au niveau la nuque une tuméfaction indolente dont l'évo-ion fut également très lente. Toutefois, il y a ıx ans, ayant reçu un coup sur la tumeur, celle-

ci s'accrut rapidement de volume depuis cette époque.

Nous constatons aujourd'hui dans le creux poplité une tumeur du volume du poing, occupant toute la région et se prolongeant en bas sous les muscles jumeaux.

Cette tumeur, arrondie à sa partie supérieure, se termine en queue inférieurement.

Elle est dure, lisse, légèrement mamelonnée e absolument indolente; elle est immobile sur le parties profondes dans le sens longitudinal.

Au contraire, dans le sens transversal, on peu légèrement la mobiliser. En faisant contracter le muscles de la jambe la tumeur s'immobilise et l'o s'aperçoit qu'elle est au-dessus et qu'elle n'est l siège d'aucune douleur ni locale ni radiée. La tu meur de la tête du péroné présente les même caractères de consistance et de forme, elle siég juste au-dessus du passage du nerf sciatique p plité externe, elle est légèrement mobile sur l parties profondes.

Du côté de la jambe il n'existe aucune espèce troubles fonctionnels

Ni gêne dans les mouvements, ni anesthésie, troubles trophiques.

M. Verneuil pose le diagnostic névromes d deux nerfs sciatiques poplités. Au niveau du co on trouve, au-dessus des insertions du trapè une tumeur du volume des deux poings, sa changement de coloration à la peau ; cette tume

est mollasse, mamelonnée, dure en certains points, fluctuante en d'autres, absolument indolente. C'est un fibro-lipome.

En résumé, nous voyons un néoplasme qui envahit les deux nerfs sciatiques. La tumeur est arrondie, dure, faisant corps avec le nerf et cependant il n'existe pas le moindre trouble du côté de la sensibilité ou de la motilité. C'est là un fait digne de remarque, on ne peut invoquer ici un fait de suppléance nerveuse, puisque les deux nerfs sont pris.

Le siège même de ces tumeurs est digne de remarque. Généralement ces tumeurs du nerf sciatique occupent sa branche interne ou elles prennent le tronc. Au contraire, ici le névrome est double, on ne peut cependant admettre là une généralisation, car la tumeur date de plus de vingt ans et il n'y a pas trace de propagation aux autres troncs nerveux.

Un dernier fait important à signaler, c'est la forme de la tumeur du creux poplité, tumeur qui présente une queue se prolongeant sur le trajet du nerf; c'est une forme que nous avons retrouvée dans nos autres observations.

Enfin, M. Verneuil nous a montré une fois de plus, à propos de ce malade, la fréquence de la pluralité des néoplasmes; car cet homme portait au cou un fibro-lipome.

Observation VIII

Sarcome du sciatique. — Résection du nerf. — Mal perfora — Variole. — Bouilly et Mathieu. (*Archives de méd cine*, 1879.)

Le nommé Lal... (Alf.), âgé de 31 ans, cuisinie est entré le 15 avril 1879, dans la salle Sain Côme, lit n° 16, service de M. Cusco.

Les antécédents personnels, héréditaires ou coll téraux du malade n'offrent rien de particulier.

Les premiers symptômes de l'affection qui l'a mène à l'hôpital se sont manifestés il y a neuf moi A cette époque il commença à éprouver dans le pie gauche des fourmillements, des picotements, qui s produisaient surtout la nuit, pendant le repos a lit.

Ce fut seulement au mois de février 1880 qu' éprouva pour la première fois, en s'asseyant, u douleur d'une vive intensité dans la cuisse. Il s' perçut alors de l'existence d'une tumeur vers le tie supérieur de la face postérieure de la cuisse.

A partir de ce moment, les phénomènes doulo reux allèrent rapidement en s'aggravant. Les élan cements gagnèrent la jambe et devinrent telleme violents que tout repos était impossible. Les do leurs procédaient par exacerbation et s'exagéraie surtout la nuit.

Le malade fatigué, privé de sommeil, se déci à entrer à l'hôpital.

Il fut d'abord reçu dans un service de médecine, on croyait à une sciatique simple. L'existence de la tumeur crurale ayant été constatée, on le fit passer en chirurgie.

21 Avril. — Le malade est grand, assez vigoureux, d'un teint un peu pâle et lymphatique. Il a maigri beaucoup depuis quelque temps.

Il se tient immobile dans son lit, la jambe fléchie sur la cuisse, dans l'attitude qu'affectent de préférence les gens atteints de sciatique. On constate en effet à partir du milieu de la cuisse, les points douloureux caractéristiques de la sciatique.

Presque immédiatement au-dessous du pli fessier, se trouve une tumeur qui occupe le tiers supérieur de la cuisse. Cette tumeur est allongée, fusiforme. En haut elle semble limitée par un bord assez net, tandis qu'en bas elle se perd insensiblement vers les parties profondes. Elle présente des mouvements de latéralité peu étendus ; elle est immobile dans le sens vertical.

La consistance est dure, surtout à la partie supérieure qui semble plus superficielle ; vers son milieu elle donne une sensation assez peu marquée de fausse fluctuation.

En somme, elle représente une sorte de fuseau plus épais à son extrémité, d'une longueur de 12 cent. et d'une largeur de 4 cent. environ.

Le malade éprouve à ce niveau des douleurs très intenses. La palpation ne devient pénible que

quand on cherche à imprimer à la tumeur des mouvements de latéralité.

La jambe est amaigrie ; elle présente un diamètre plus faible que du côté opposé. La peau n'a pas subi de modifications bien grandes. Peut-être est-elle un peu plus sèche. La sensibilité est conservée dans tout le membre ; il semble même y avoir un peu d'hypéresthésie profonde.

Les muscles sont plus flasques du côté opposé. La jambe est habituellement fléchie sur la cuisse sans contracture. Le pied est inerte, en extension passive Le malade ne peut pas se mouvoir spontanément mais il est difficile de lui imprimer des mouvements dans les différents sens.

On essaie d'un traitement résolutif : iodure d potassium et frictions mercurielles.

La tumeur, loin de diminuer, augmente de volume

L'opération est retardée pendant quelques jours le malade présente en effet du malaise, de l'inappé tence et de la fièvre. La température monte le soi à 38° environ.

La coïncidence de cette fièvre avec l'accroissemen de la tumeur fait penser qu'il y a un processu inflammatoire local, accompagné d'une réactio générale. Cet état pyrétique annonçait, comm on le verra, l'éruption de la variole.

L'opération est pratiquée le 28 mai. Une longu incision verticale est faite suivant l'axe de tumeur. Elle commence au pli fessier pour about au-dessous de la tumeur, à 15 ou 18 cent. plus ba

La peau et l'aponévrose sont successivement incisées La tumeur située entre la longue portion du biceps et le demi-membraneux est facilement énucléée à l'aide des doigts. On se convainc qu'elle s'est développée aux dépens du sciatique, dont les faisceaux nerveux sont refoulés à la surface. Il est de toute nécessité de pratiquer la section du nerf. L'extrémité supérieure est fortement attirée en bas et sectionnée aux ciseaux. Le nerf est également sectionné au-dessous de la tumeur. Il y a peu d'hémorrhagie. Quelques ligatures placées à la partie inférieure et une compression de quelques instants suffisent pour l'arrêter.

Pansement de Lister.

20 mai. La nuit a été un peu agitée. Le malade se trouve cependant soulagé. Il a peu souffert. La sensibilité est abolie sur la jambe et le pied, à l'exception de la partie qui correspond à la face interne du tibia et au bord interne du pied. La partie superficielle du pansement est renouvelée. Il s'est fait une légère hémorrhagie.

Le soir un peu de céphalalgie. T. M. 39,6 ; S. 41,4. 30 mai, céphalalgie, douleurs lombaires frissons. T. M. 40,6 ; S. 41,4. 31 mai, nouveaux frissons pendant la nuit. On constate sur le front, la face et les membres, la présence de quelques boutons rouges disséminés. Ils présentent l'aspect des papules de variole. T. M. 40,6 ; S. 39,6.

La plaie présente un aspect grisâtre particulier. Elle est recouverte d'une couche pulpeuse, noirâtre

par places. Il se fait évidemment un peu de mortification superficielle.

1er juin. Il s'agissait bien d'une éruption variolique. Les boutons sont devenus vésiculeux, puis pustuleux. Quelques-uns présentent une ombilication manifeste. L'éruption est discrète,plus abondante sur les mains et le visage. Les boutons deviennent cohérents dans ces régions, on en compte une dizaine sur la jambe gauche. A droite il y en a deux seulement sur le genou.

L'état de sensibilité contrôlé en ce moment est le suivant : la face dorsale du pied, la partie interne de la face plantaire, les orteils et le talon sont insensibles. Le malade a conservé la sensibilité le long du bord interne du pied jusqu'au niveau de l'articulation métacarpophalangienne du gros orteil. Le tiers interne de la plante du pied a conservé également sa sensibilité.

A la jambe, anesthésie de la région externe de telle façon qu'une bande verticale,qui suit le péroné en remontant jusqu'à la tête de l'os, est absolument insensible.

Cette région anesthésiée se confond avec la région insensible qu'occupent le talon et la face dorsale du pied.

Au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, la zone occupe environ les deux tiers antéro-interne de la jambe.

Sur la face interne de la jambe et sur le bord interne du pied, la sensibilité est conservée, il y a

même un peu d'hyperesthésie. T. M. 39,5. S. 40,2.

La plaie a meilleur aspect que les jours précédents. Les eschares superficielles sont éliminées mais il s'est fait des points de mortification plus profonds dans le tissu des muscles. Le demi-membraneux, qui est complètement disséqué au niveau de la plaie, est remarquable par sa flaccidité. Le malade accuse des douleurs assez vives dans le pied. T. M. 39° ; S. 39,6.

7 juin. On remarque à la partie interne du gros orteil deux petits points noirs de la taille d'une lentille. Une autre eschare plus étendue s'est développée au niveau du talon. Ces lésions se sont produites sous la couche ouatée dans laquelle le membre a été enveloppé, mais il ne semble pas qu'elles aient été précédées par des éruptions bulleuses.

Les deux pustules de varioles signalées sur le genou gauche sont demeurées isolées ; il semble qu'elles aient évolué plus lentement que celles qui sont disséminées sur les autres parties du corps. Les pustules de la jambe gauche sont couvertes de croûtes sèches. Celles du genou droit sont encore pleines de pus, et paraissent plus larges que les autres. Elles sont ovales au lieu d'être arrondies et d'aspect ecthymateux.

La dessiccation et la desquamation de la variole se sont régulièrement poursuivies. La fièvre, à partir du 7 juin, s'est maintenue entre 38 et 39°. Ce n'est guère du reste que vers le 25 qu'elle a commencé à

osciller entre 37 et 38°, en continuant encore toutefois à se rapprocher plus de 38° que de 37°.

Les eschares lenticulaires du gros orteil dont l'apparition a été signalée le 7 juin, 9 jours après l'opération, ont lentement progressé. Il s'en est développé deux autres sur les orteils ; mais c'est celle qui siège au talon qui présente l'étendue et la profondeur la plus grande.

15 juillet. La cicatrisation de la plaie se fait lentement; elle est actuellement complète dans la profondeur. La surface s'est débarrassée assez rapidement de la couche grisâtre pseudo-membraneuse qui la recouvrait. La cavité est actuellement comblée par le demi-tendineux, dont la surface se présente ainsi directement à la vue.

Cette surface musculaire est d'un rouge foncé, à peine recouverte par de très petites granulations d'aspect misérable. Sur les bords, une très mince collerette épidermique semble rester stationnaire.

Les deux eschares du bord interne du gros orteil se sont réunies. Elles présentent un fond sanieux grisâtre. Il n'y a pas au pourtour de réaction inflammatoire. Deux pertes de substance plus petites et moins profondes se trouvent à l'extrémité du second et du troisième orteil.

L'ulcération du talon est plus profonde, large comme une pièce de un franc, et de même aspect que les précédentes.

15 septembre. La peau de la jambe est d'une couleur plus terne que celle du côté opposé. Elle est

moins souple, plus rude au toucher. L'épiderme, desséché se soulève en petites écailles furfuracées; au niveau du pied la peau est plus souple, plus pâle, un peu infiltrée, L'épaisseur du derme paraît notablement augmentée. Il est difficile de pincer entre les doigts le tégument cutané, et d'y faire un pli. Le tissu cellulaire sous-cutané est sans doute lui-même hypertrophié, plus tassé et la peau plus fortement appliquée sur les parties profondes. La jambe présente une température plus élevée que celle de l'autre côté ; cela est évident à la simple palpation.

Il se fit à cette époque, à l'extrémité du gros-orteil, une ulcération arrondie en tout semblable à celle que nous aurons bientôt à décrire.

Les ongles sont d'une pâleur jaunâtre : Ils sont minces, friables, et portent sur leur face convexe des cannelures transversales plus ou moins marquées.

La jambe est en apparence moins amaigrie qu'elle ne l'est en réalité. En effet l'épaississement de la peau masque la notable diminution de volume subie par les muscles. Ceux-ci présentent une consistance plus grande et fibreuse. La palpation profonde donne la sensation de plans aponévrotiques tendus et difficilement dépressibles. Les muscles ne réagissent pas sous l'influence de la faradisation ; à aucune époque du reste on n'a obtenu de contraction. La peau au contraire ne tarde pas à rougir sous l'influence du passage des courants électriques ; sa chaleur augmente; évidemment la circulation prend une intensité plus grande.

Le malade marche en se servant de béquilles, il s'appuie à peine sur l'extrémité du pied. L'articulation tibio-tarsienne n'étant pas fixée par les muscles, l'appui est insuffisant et le pied a une tendance continuelle à se dévier latéralement.

Dans le mois d'octobre, il se fait une ulcération du talon qui suppure relativement beaucoup. La perte de substance gagne rapidement en profondeur sans progresser latéralement.

L'ulcération s'étend bientôt jusqu'au périoste. L'os cependant n'est pas dénudé, on prend soin de faire reposer sur d'autres points le pied, qu'on entoure de ouate, et la cicatrisation se fait lentement, en deux mois environ.

Il est à remarquer que la plaie due à l'opération ne s'est réparée qu'avec une lenteur extrême. Le muscle demi-tendineux dénudé était venu se présenter à l'orifice béant et c'est sa surface qui fait les frais de la cicatrisation. Pendant longtemps la masse charnue demeure rouge brunâtre, peu altérée. A la périphérie il existe une étroite bordure de bourgeons charnus, petits, pâles, misérables.

La surface musculaire finit par se recouvrir. Une pellicule épidermique s'avance des bords de la plaie vers le centre. Le travail de réparation marche si lentement que la plaie ne se ferme que vers la fin de décembre, huit mois après l'opération.

Voici maintenant quel est l'état de la jambe au commencement de février 1880, dix mois après la résection du sciatique.

La peau diffère beaucoup moins de celle du côté opposé qu'au mois d'octobre, époque à laquelle a été faite la description précédente. La sensation qu'elle donne au toucher est la même que celle du côté droit. Elle présente une moiteur bien différente de la sécheresse d'autrefois. La couleur ne diffère pas de celle de la jambe saine. Le pied n'est plus infiltré. Les poils sont peut-être un peu plus abondants.

Les ongles sont toujours dans le même état. La température est encore sensiblement plus élevée qu'à gauche. Il ne semble pas qu'il y ait de différence dans la sécrétion sudorale.

Cependant, la peau est encore épaisse. Elle est fortement appliquée aux parties profondes, si fortement qu'il y a quelque difficulté à y faire un pli. C'est sans doute à cette modification qu'est due la déformation des orteils. Ceux-ci sont plus cylindriques qu'à gauche ; l'aplatissement de la pulpe, la saillie et le pli articulaire y sont moins marqués.

Il y a diminution de plus en plus marquée de la masse musculaire. La consistance de ses muscles donne de plus en plus l'idée de plans fibreux tendus et résistants. Ils ne réagissent pas sous l'action des courants d'induction. Il s'est fait vraisemblablement une rétraction fibreuse en masse, et c'est sans doute à cette rétraction totale qu'il faut attribuer l'extension moyenne du pied et le redressement des orteils ; le pied se rapproche ainsi de l'aspect qu'offre le pied équin.

Les os ne présentent ni épaississement, ni déformation. Les mouvements provoqués des articulations sont faciles; on ne perçoit pendant leur exécution ni craquement, ni frottement.

Il existe actuellement, et cela depuis quinze jours environ, deux ulcérations qui présentent l'aspect caractéristique du mal perforant.

L'une de ces ulcérations siège au niveau de la tête du cinquième métatarsien. Elle est allongée transversalement, longue de 2 à 3 centimètres large de 3 à 4 millimètres, elle est taillée à pic, surplombe même au-dessus de la surface bourgeonnante et sanieuse qui constitue le fond de la perte de substance l'autre, plus petite, plus arrondie, siège à l'extrémité de la pulpe du gros orteil. Elle présente le même aspect que la précédente. Toutes deux se sont développées de la même façon. A l'endroit où elles doivent apparaître, l'épithélium s'épaissit, il jaunit, se soulève par plaques, et, lorsqu'on l'enlève on trouve au-dessous le derme entamé, ulcéré.

Il reste encore à signaler un phénomène nouveau. Le malade présente, sur toute la limite de la zone insensibilisée, une hyperesthésie marquée au simple contact ou aux piqûres. Le fait est surtout évident sur le bord interne du pied.

Actuellement, la limite entre la zone anesthésiée et la zone sensible est moins nette qu'autrefois, il semble que du côté de la jambe, la partie anesthésiée ait perdu quelques centimètres.

15 Avril 1884. Depuis le commencement de

février l'ulcération de l'extrémité du gros orteil s'est fermée. Il reste à sa place une dépression peu marquée, jaunâtre, et le derme présente là une épaisseur plus considérable. L'ulcération, située au niveau de la tête du cinquième métacarpien, a, au contraire, continué à progresser. La perte de substance a gagné le plus en plus profondément, de façon à atteindre l'os qu'un stylet trouve dénudé, et à perforer la peau le la région correspondant à la face dorsale du pied.

Il faut dire que la rapidité de la perforation a été accélérée, parce que le malade, qui avait réclamé sa ortie vers la fin du mois de février, a marché pendant quelques jours avec un soulier orthopédique. On a passé un drain à travers l'ulcération. On a pratiqué chaque jour des lavages à l'acide phénique, t le malade a été maintenu au lit. L'amélioration 'a pas tardé à se faire. La partie supérieure du trat s'est fermée, et actuellement (15 avril) il reste ulement une perte de substance de la largeur une pièce de deux francs à la région plantaire. ette perte de substance présente un fond sanieux, uvert de fongosités grisâtres de très petit volume, une vitalité faible, qui fournissent à peine un léger intement puriforme.

Les bords de l'ulcération sont formés par l'épirme très épais, taillé à l'emporte-pièce. Il n'y a s, il n'y a jamais eu, du reste, au pourtour, de action inflammatoire. On ne retrouve plus, à l'aide stylet, la dénudation osseuse autrefois constatée

à la tête du métacarpien. La surface de l'os semble s'être recouverte.

La peau a continué à reprendre sa souplesse, sa moiteur et sa couleur normales. Elle ressemble à peu près complètement à celle du côté opposé. Les ongles sont toujours dans le même état. Il ne semble pas y avoir de sudation plus marquée de ce côté que du côté opposé. Au palper, la température du membr paraît encore légèrement exagérée.

L'état de la sensibilité s'est assez notablemen modifié. Il semble tout d'abord que l'étendue de l zone insensible, constatée sur la partie externe de l jambe ait encore diminué. Comme autrefois, la band d'anesthésie est étendue en suivant la direction d péroné, et en se confondant en bas avec la zone anes thésiée de la face dorsale du pied. C'est au centr de cette région que l'insensibilite existe au plus hau point. L'anesthésie est complète sur tout le traj correspondant au péroné, sur une étendue de 3 ou centimètres. En dehors de cette zone insensible trouve une zone de sensibilité imparfaite.

Les sensations sont émoussées ou perverties. G néralement l'analgésie a disparu et le malade a cuse seulement la sensation du contact. Presque pa tout il y a un retard sensible dans la perception, sur quelques points peu étendus, irrégulièreme disséminés, il y a très nettement de l'hyperesthés

Suit l'examen de la pièce fait par M. Quenu q prouve qu'il s'agit d'une tumeur sarcomoteuse do le centre est en dégénérescence graisseuse.

CONCLUSIONS.

1° On peut trouver dans le creux poplité des tumeurs ɔrmées par une hypertrophie avéc thrombose des eines jumelles. Ces tumeurs n'ont pas jusqu'à préent des caractères qui puissent cliniquement les ire reconnaître.

2° Dans le cas que nous avons observé la tumeur ait cylindrique, résistante, elle se perdait par son trémité supérieure dans le creux poplité. Les pares latérales étaient diffuses au milieu des muscles. Elle provoquait des douleurs assez vives dans le jart et empêchait les mouvements étendus.

3° Des tumeurs du creux poplité peuvent envahir mplètement le nerf sans provoquer aucune réacon fonctionnelle.

4° Contrairement à ce qui a lieu dans les autres gions ou les tumeurs malignes se différencient uvent des tumeurs bénignes, en ce que les preières altèrent rapidement les fonctions nerveuses, ndis que les secondes les laissent longtemps inmnes : des tumeurs du nerf poplité de nature ablument maligne, l'encéphaloïde par exemple, peunt envahir toute l'épaisseur d'un nerf sans amener troubles fonctionnels appréciables.

5° Quant aux fibromes proprements dits ils peunt acquérir un volume énorme sans provoquer cun trouble de motricité ni de sensibilité.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

ODIER. — Manuel de Méd. pratique, 1re édit. Genève, 1803.
ARONSSOHN. — Obs. sur les tum. dével. dans les nerfs. Th. de Strasbourg, 1822.
FACIEN. — Dissert. sur le névrome, etc. Th. de Paris, 1851.
HOUEL. — Mém. sur le névrome, etc., in Mém. de la Soc. chirurg., 1853, t. III, p. 250.
VERNEUIL. — Obs. pour servir à l'hist. des altérat. locales des nerfs, in Arch. gén. de Méd., 1861, t. XVIII, p. 540.
FOUCAULT. — Essai sur les tumeurs des nerfs mixtes. Th. de Paris, 1872, nº 84.
. RUMEN. — Essai sur les névromes. Ibid., 1875, nº 252.
ESPRÉS. — Bulletin de la Société anatomique, novembre 1877, p. 548, 4e série.
IRARDIN. — Tumeurs des nerfs en général et des nerfs du creux poplité en particulier. Th. de Paris, 1855, nº 23.
LIVIER (N.). — Du diagnostic différentiel des tumeurs du creux poplité. Th. de Paris, 1855, nº 23.
ONGY. — Essai sur le diagnostic des tumeurs du creux poplité. Th. de Paris, 1852, nº 55.
URGUET. — Du diagnostic différentiel des tumeurs du creux poplité. Th. de Paris, 1856.
ULLETIN DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, 1879, p. 110. — Note sur un point d'anatomie du nerf sciatique.
RCHIVES DE MÉDECINE, 1879. — Sarcome du sciatique. Résection du nerf. — Bouilly et Mathieu.
OCIÉTÉ DE CHIRURGIE, 23 juillet 1879. — Marchand.
ORNIL et RANVIER. — Névromes, in Manuel d'histologie pathol., 1re partie, p. 239, 1869.
MARGERIN. — Du névrome plexiforme, etc. Th. de Paris, 1807, nº 64.
OLLIN. — Névromes, in Traité de pathol. externe, t. II, p. 214. Paris, 1867.
VIRCHOW. — Névromes, in Pathologie des tumeurs, trad. franç., 24e leçon, t. III, p. 425, 1871.

Paris. — A. PARENT, imp. de la Fac. de médec., A. DAVY, successeur, 52, rue Madame et rue M.-le-Prince, 14.


IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE